

GESUNDHEIT

Ärzte der Schattenwirtschaft

Trotz allgemeiner Versicherungspflicht leben Hunderttausende in Deutschland ohne gültigen Krankenschutz. Sie sind auf Mediziner angewiesen, die sie gratis behandeln. Nun begehren die Ehrenamtlichen auf – und fordern einen Rettungsschirm für Mittellose.

GOTTFRIED STOPPEL / DER SPIEGEL

Das Ladenlokal, in dem sich die Verlorenen sammeln, liegt mitten in Münchens besserer Gesellschaft. Wohlverputzte Fassaden säumen die Straßen in der Maxvorstadt, auf den Bürgersteigen reihen sich die Tische der Restaurants. „Medizinische Hilfe“, heißt es an der Ladentür, „anonym und kostenfrei. Allgemeine Sprechstunde: Dienstags 17 bis 20 Uhr. Freitags 10 bis 13 Uhr“.

Männer, Frauen, Kinder haben den Innenraum in Beschlag genommen, sie hocken auch auf dem Boden und lehnen an der Wand. Ausländer ohne Bleiberecht sollten sie sein – so jedenfalls war es einmal gedacht. Doch keiner der 17 Kranken, die an diesem Dienstag die „Ärzte der Welt“ aufsuchen, ist illegal nach Deutschland eingereist. Bürger der Europäischen Union warten in diesem Raum; Polen, Bulgaren, Rumänen, Deutsche.

„Das ist das typische Bild“, meint Christoph Steidle, „es kommen immer mehr Menschen, die legal hier leben und trotzdem durch das Netz medizinischer Versorgung fallen.“ Der Internist ist einer von 17 Ärzten, die im Hinterzimmer die Sprechstunden abhalten. Eine altmodische Liege steht dort, ein Apothekerschrank mit Arzneien, ein Ultraschallgerät, gespendet wie fast alles in der Ambulanz. Steidle und seine Kollegen

arbeiten ehrenamtlich. „Unsere Patienten haben keine Krankenversicherung“, sagt er. „Sie können sich Gesundheit nicht leisten.“

So sieht es aus, landauf, landab. In Köln, Hannover, Fulda, Darmstadt, Berlin, Osnabrück und andernorts, wo Ärzte der „Malteser Migranten Medizin“ in vergleichbaren Räumlichkeiten Hilfe anbieten. In Ulm, wo ein Augenarzt Tausende Brillen für Bedürftige sammelt; in Mainz, wo ein Sozialmediziner gerade eine komplette Poliklinik eröffnet hat; in Bad Segeberg, wo ein ehemaliger Hausarzt vor drei Jahren eine erste „Praxis ohne Grenzen“ gründete, mit mittlerweile fünf Ablegern in allen Ecken Schleswig-Holsteins.

Es ist eine medizinische Parallelversorgung, die sich durchs Land zieht, eine Schattenwirtschaft, in der kein Geld verdient wird. Sie wird bestimmt von Armut oder wenigstens Bedürftigkeit, von mangelhafter Politik und knöchernen Vorschriften, von schwerfälligen Behörden, kleinteiligen Versicherungen und den Sollbruchstellen europäischer Bürokratie. Und sie ist, das sieht auch Christoph Steidle so, trotz aller guten Taten eine Schande. Kein Kranker, meint der Internist, sollte in diesem hochentwickelten Staat auf Leute wie ihn angewiesen sein.

Doch weit mehr als tausendmal haben Patienten im vergangenen Jahr in der Münchner Ambulanz Hilfe gesucht. Offiziell leben 137 000 Menschen in Deutschland ohne Mitgliedschaft in einer Krankenkasse; Gesundheitsforscher schätzen allerdings, dass noch Hunderttausende mehr sich ohne ausreichenden Versicherungsschutz hier aufhalten. Nach wie vor sind darunter viele Ausländer ohne Bleiberecht. Aber rapide steigt die Zahl jener Europäer, die ohne gültige Versicherung aus ärmeren Staaten der EU einreisen. Und auch die Gruppe krisendurchschüttelter Deutscher nimmt zu – Selbständige, deren Gesundheitsschutz ruht, weil sie sich nicht in der Lage sehen, weiterhin Beiträge zu zahlen.

„Der Dachdecker, die Buchhändlerin“, so bezeugt es Christoph Steidle. „Und eben Wanderarbeiter und Arbeitssuchende, vor allem aus dem Osten Europas.“

30 Jahre lang führte der Internist eine eigene Praxis, er ist nun pensioniert wie die meisten seiner Mitstreiter, ein weißhaariger Mann in Sportschuhen und Allwetterjacke, den, wie er sagt, so schnell nichts umhaut. Doch wenn er über die Patienten im Ladenlokal spricht, verlässt ihn die Gelassenheit schnell.

Ein Metzgermeister, insolvent, Diabetiker, monatelang hatte er kein Geld für Insulin, zurück blieben schwere Schäden

an Netzhaut und Niere. Eine ehemals selbständige Gastronomin, 410 Euro Rente, gefäßkrank, ein Oberschenkel muss amputiert werden, doch niemand operiert, weil nicht geklärt ist, wer zahlt. Ein junger Mann, Bulgare, mittellos, faulende Wunden, kein Versicherungsnachweis, an der Pforte einer Münchner Klinik hat man ihn abgewiesen.

Steidles Kollegen können die Liste beliebig fortsetzen. Der Ulmer Augenarzt berichtet von Sehbehinderten, denen Brillen versagt bleiben; in Bad Segeberg benötigen vier tumorkranke Patienten Geldspenden für die Operation, in Mainz wird ein todkranker Mann gegen seinen Willen in seine polnische Heimat transportiert. Bis zuletzt hatte er auf einem Pfälzer Hof geholfen. Er wollte in dieser Gegend auch sterben, aber das Siechtum eines Schwarzarbeiters ist nicht vorgesehen.

Das medizinische Ethos verlangt etwas anderes. „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen“, so steht es in der Genfer Erklärung des Weltärztebundes. Auch die Bundesärztekammer hat sich mit dieser modernen Version des hippokratischen Eids der Gesundheit des Patienten als oberstem Gebot verpflichtet. Doch in Deutschland werden die Behandlungskosten nichtversicherter bedürftiger Menschen nur übernommen, wenn sie entbinden, an plötzlichen starken Schmerzen leiden oder in akuter Lebensgefahr schweben. Chronisch Erkrankte mit Diagnosen wie Bluthochdruck, Diabetes, HIV oder Krebs zählen nicht dazu.

„Absurd“ findet das Christoph Steidle. „Gerade diese Patienten sind oft in einem desolaten Zustand, wenn sie zu uns finden. Dann sind Gliedmaßen fast abgestorben, dann hat ein Tumor gestreut. Und am Ende liegen sie doch als akute und kostspielige Notfälle in der Klinik.“

Der Internist blickt wütend; er weiß, dass es gesellschaftlich untragbar wäre, Kranke, die keine Beiträge entrichten, grundsätzlich ebenso zu behandeln wie zahlende. Doch wie die meisten Ärzte dieser Schattenwirtschaft ist er altmodischen Zuschnitts. Er verurteilt die Gier in seiner Branche: Medizin als Markt, Gesundheit als Ware, Ärzte als Unternehmer, oft maximal gewinnorientiert, auch ohne Maß und Anstand. Dass Kranke ihrem Schicksal überlassen werden, nur weil sie „nicht erstattungsfähige Kosten“ verursachen, finden die Parallelversorger eines Gemeinwesens unwürdig. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer sieht das seit kurzem ebenso; die Lage nicht regulär krankenversicherter Patienten sei ein „gesamsgesellschaftliches Problem“ mit „fatalen Folgen“, heißt es in ihrer jüngsten Stellungnahme.

Vor dem Ladenlokal in der Münchner Maxvorstadt steigt Henrieke Reith vom Fahrrad. Sie ist Diplombetriebswirtin, 56 Jahre alt, aschblonder Pferdeschwanz, Jeans und Strickjacke, seit fünf Jahren ruht ihr Versicherungsschutz. Unter ihrem echten Namen hat sie früher freiberuflich Mitarbeiter großer Firmen im Umgang mit Computern geschult. Als ihre Spezialkenntnis Allgemeinwissen und sie an ihrem Platz überflüssig wurde, erging es ihr wie vielen. Das Geld wurde knapp, das Leben musste weitergehen, sie fühlte sich gesund, also verzichtete sie auf die Beiträge für die Krankenversicherung – „eine trügerische, leichtfertige Sorglosigkeit“, sagt sie rückblickend.

Denn bald zog in ihre Erdgeschosswohnung jene Krankheit, die sie bis heute lähmt. Jahrgänge ungeöffneter Briefe stapeln sich dort, auch die endgültig letzten Zahlungsaufforderungen der Versicherung. Sie kann ihre Depression nicht mehr ignorieren, seit ein paar Wochen brechen auch Zähne weg, manchmal schmerzt der Bauch. Sie wollte gleich losfahren, als sie vom Ladenlokal erfuhr. Und schlich tagelang um ihr Rad, gebremst von Scham und Selbstvorwürfen.

„Wir sehen hier immer wieder die typischen depressiven Verläufe“, sagt Christoph Steidle. „Und unseren Patienten, deutschen wie ausländischen, ist allein mit Medizin meist nicht geholfen. Sie brauchen ein Netz sozialer und emotionaler Unterstützung.“ Eine Sozialarbeiterin spinnt in München mit an diesem Netz, Medizinstudenten, ehrenamtliche Dolmetscher. Die Ambulanz, ursprünglich nur zur Notversorgung gedacht, gleicht wie viele Einsatzstellen der Schattenwirtschaft inzwischen einer Hausarztpraxis mit angeschlossenem Sozialinstitut.

Die Ehrenamtlichen organisieren Arzneien und feilschen mit Vertretern von Krankenhäusern um günstige Tarife, um 20 000 Euro im Falle von Darmkrebsbe-

handlungen oder 13 000 für eine Bypass-Operation. Sie sammeln auch Spenden, um diese Summen zu bezahlen, falls sich sonst niemand findet. Sie überweisen ihre Patienten an Gynäkologen, Psychiater oder andere niedergelassene Spezialisten, sie haben Hunderte Kollegen zu kostenfreier Mithilfe überredet. Sie verhandeln mit Sozialämtern, Jobcentern, Ausländerbehörden. Und immer versuchen sie, ihre Patienten in ein besseres Leben mit gültiger Krankenversicherung zurückzuführen. Es ist ein zähes Geschäft.

Seit sechs Jahren, seit dem Beginn der „allgemeinen Versicherungspflicht“, muss eine Krankenkasse jeden Antragsteller aufnehmen; seit 2009 dürfen auch die privaten keinen Bedürftigen mehr ablehnen. Doch wer Patienten wie Henrieke Reith zu vermitteln versucht, gewinnt schnell den Eindruck, dass ihnen die Versicherungen den Zugang am liebsten verwehren würden. Notleidende sind keine attraktive Klientel. Selbst wenn sie Arbeitslosengeld II beziehen oder das Sozialamt die Beiträge übernimmt, winden und entziehen sich Ansprechpartner, prüfen, überprüfen, lassen Anträge lange liegen.

Auch Schulden hindern Patienten an der Rückkehr ins System; 10 000 Euro oder mehr müssen sie manchmal aufbringen, wenn sie ihrer Versicherungspflicht lange nicht nachgekommen sind. Säumniszuschläge, Beitragsrückstände, Zinsen – die Last drückt viele derart, dass die Regierung noch vor der Bundestagswahl Abhilfe schaffen will. Anfang August soll ein „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden“ in Kraft treten. Es betrifft hauptsächlich jene 137 000 Menschen, die in Deutschland sesshaft sind und noch keiner Krankenkasse angehören; sie sollen schuldensfrei von vorn beginnen können. Privatversicherten soll künftig ein „Notlagentarif“ für rund hundert Euro monatlich über schlechte Zeiten helfen, gesetzlich Versicherte sollen für über-



Münchner Internist Steidle: Praxen mit Sozialinstitut

Wer lebt in Deutschland ohne Versicherungsschutz?

- ▶ **Selbständige**, die keine Beiträge aufbringen können
- ▶ **Studenten**, die nicht mehr über die Eltern versichert sind und sich die Beiträge nicht leisten können
- ▶ **Auslandsrückkehrer**, die versäumen, wieder einer Krankenkasse beizutreten oder sich privat zu versichern
- ▶ **EU-Bürger**, die nicht nachweisen können, dass sie in ihrer Heimat versichert waren
- ▶ **Ausländer** ohne Bleiberecht in Deutschland

fällige Beiträge statt 60 nun 12 Prozent Säumniszuschlag im Jahr zahlen.

Die Ärzte der Schattenwirtschaft sehen darin jedoch allenfalls einen Anfang. Eher rechnen sie damit, dass bald noch mehr Menschen medizinische Not leiden werden. Gesundheitsökonomien stimmen ihnen zu: Auf dem deutschen Arbeitsmarkt führen ausschließlich sozialversicherungspflichtige Anstellungen automatisch zu Versicherungsschutz. Solche Arbeit aber ist knapp. Hingegen steigt die Zahl mittelloser Freiberufler, die selbst einen Notlagentarif für unerschwinglich halten könnten. Und auch die Schar unzureichend versicherter EU-Bürger werde infolge der Finanzkrise weiterwachsen, lautet die Prognose. Da viele Zuwanderer auf dem grauen Markt ohne Anstellung arbeiten, müssten sie sich eigenständig versichern. Die wenigsten werden dafür genügend Geld aufbringen.

„Wir könnten für uns alle vielleicht 300 Euro zahlen“, sagt die Rumänin Michaela Gabriela, die mit Mann und Kind regelmäßig in die Münchner Ambulanz kommt. Er hilft hier und da auf Baustellen, sie kümmert sich um den einjährigen Sohn. Irgendwann will das Paar einen Spezialitätenkiosk eröffnen. Bis dahin bleibt es unversichert – und ein Problem europäischer Freizügigkeit.

Natürlich regeln zahlreiche Abkommen, wie Erkrankte in den Mitgliedstaaten wechselseitig zu behandeln sind. Eine „Europäische Krankenversicherungskarte“ namens EHIC, ein „Vordruckmuster 81“ und ein Formular „E 104“ spielen dabei tragende Rollen. Oft allerdings sind sie weder Arzt noch Patienten geläufig. Vor allem aber gelten sie nur für jene, die in ihrer Heimat aktienkundig Mitglied einer Krankenkasse waren. Doch häufig ist der notwendige „Nachweis über Vorversicherungszeiten“ in irgendeiner Bürokratie verschwunden, häufig waren die Patienten auch nie in ihrem Leben versichert und können mit dem Konzept langfristiger Vorsorge wenig anfangen.

„Es ist ein wirkliches Problem, dass so viele ein völlig anderes Gesundheitsverständnis haben“, sagt Christoph Steidle. Er mag nicht generalisieren, erst recht will er niemandem Vorwürfe machen. Aber vor allem junge Männer aus den Armenländern Europas, die hätten allein das Hier und Jetzt im Kopf, das tägliche Überleben, sagt er.

Eine Zumutung seien diese Leute, lauter Schmarotzer, so steht es in Briefen, die aufgebrachte Beitragszahler an die Parallelversorger schicken. Die Sicht der Protestierenden ist schlicht, ihr Ton unmöglich. Aber haben sie nicht recht?

Müssten die Patienten nicht alle viel mehr Eigenverantwortung tragen?

Der Internist schüttelt den Kopf. Die meisten seien dazu wohl wirklich nicht in der Lage, sagt er. Henrieke Reith, die Betriebswirtin, jedenfalls ist sicher, dass sie ohne die Sprechstunden im Ladenlokal unterginge. Sie verlässt es an diesem Tag mit bedrohlich schlechten Blutwerten, und der Arzt telefoniert, bis sie trotz fehlender Versicherung in eine Klinik aufgenommen wird. Zehn Tage später wird sie entlassen, stabil und durchweg dankbar.

Solche Dankbarkeit sei doch der beste Beleg für die Not der Leute, meint der Ulmer Augenarzt Hans-Walter Roth. Seine Patienten sind in der Regel sogar Mit-



Mainzer Mediziner Trabert, Patient: „Es läuft eben nicht“

glied einer Krankenkasse. Aber viele beziehen eine kleine Rente oder leben ohne Arbeit. 16 Euro und 42 Cent sind im Regelsatz von Hartz IV für Gesundheitspflege vorgesehen. Eine Brille, in der Sprache der Krankenkassen eine „Eigenleistung“, kostet schnell ein paar hundert Euro. Also verteilt der Arzt gebrauchte; Tausende liegen nach Stärke sortiert in roten Klappkisten im Schrank. Abends schreibt er Protestnoten gegen die Hilfsmittel-Richtlinie, auch für eine „Armenklinik“ kämpft er an der Donau, als langjähriger Stadtrat der CDU ist ihm Einflussnahme wichtig.



Video: Unterwegs mit dem Ärzte-Bus

spiegel.de/app312013schattenaerzte
oder in der App DER SPIEGEL

Seine Mitstreiter sind ebenso zu Lobbyisten geworden. Gerhard Trabert etwa, der Leiter der neuen Mainzer Poliklinik, hat im rheinland-pfälzischen Sozialministerium einen Runden Tisch begründet. Der Allgemeinmediziner ist auch Sozialarbeiter und Hochschullehrer, er kann lange über das Zusammenspiel von Armut und Krankheit referieren. „In Deutschland sterben von Armut betroffene Männer im Schnitt zwölf Jahre früher als wohlhabende“, sagt er zum Beispiel. Eigentlich müssten solche Erkenntnisse zu maximaler politischer Aktivität führen. Aber eben das geschehe nicht.

Also kämpfen die Parallelversorger für einen „Strukturwandel“, der radikaler ist als jede vorstellbare Berliner Politik: Sie fordern einen nationalen Rettungsschirm für Mittellose, sie fordern ein Gesundheitswesen, das sich aus allgemeinen Steuern statt aus individuellen Beiträgen finanziert und ausnahmslos jedem eine Basisversorgung garantiert. Sie verlangen den Erlass aller Versicherungsschulden. Oder zumindest verträgliche Ratenzahlungen.

„Eigentlich wollen wir das ja alles nicht“, sagt Gerhard Trabert und weist den Flur der Poliklinik entlang. Dass Arme und Kranke auf die Barmherzigkeit privater Wohltäter angewiesen sind, ist ein mittelalterlicher Gesellschaftsentwurf, der seinem Ideal widerspricht. „Sozialpolitisch betrachtet, sind wir ein Rückschritt.“ Er weiß, es liegt auch an der Doppelrolle, die er und seine Kollegen aus der Schattenwirtschaft spielen. Sie sind längst mit dem System vernetzt, das sie eigentlich kritisieren.

Wie selbstverständlich schickt eine Behörde osteuropäische Prostituierte zur Untersuchung in die Parallelversorgung – und übernimmt im Gegenzug sämtliche Labortests. Das Gesundheitsamt liefert die empfohlenen Impfstoffe für Säuglinge – die U-Untersuchungen selbst aber leistet die Schattenwirtschaft. In manchen Städten sehen Kinder aus Polen, Rumänien oder Bulgarien bei diesen gesetzlich vorgeschriebenen Terminen ausschließlich ehrenamtlich tätige Ärzte.

„Wir suchen Lösungen“, so beklagt Gerhard Trabert das allgegenwärtige Dilemma, „signalisieren der Politik aber damit immerzu, dass alles schon irgendwie läuft. Und es läuft eben nicht. Eigentlich müssten wir ständig brüllen: Klärt eure Angelegenheiten, auch in der EU! Schafft endlich einen grenzüberschreitenden Krankenschutz, der im Alltag etwas taugt.“

Wer bereits die Krümmung von Gurken vereinheitlicht hat, könnte sich darum in der Tat bemühen.

KATJA THIMM